



Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo “Dionigio Romeo CHIODI”
Via Appiano, 15 – 00136 Roma – Tel./Fax: 06/39736694
e-mail: rmic8bq008@istruzione.it - sito web: www.ic-chiodi.it
PEC: rmic8bq008@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

DICHIARAZIONE del PERSONALE SCOLASTICO

(A CURA DEL PERSONALE DOCENTE)

I sottoscritti, _____ in
qualità di insegnanti in servizio presso l'Istituto Comprensivo Chiodi di Roma

Vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un
terapista/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno, per l'alunno/a

_____;

in considerazione del Progetto di osservazione e/o intervento presentato;

in considerazione della documentazione presentata dalla famiglia;

DICHIARA

di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapista/specialista sanitario in
orario curricolare;

di sottoporre l'informativa ai genitori degli altri alunni presenti nella sezione/classe del
ruolo di tale esperto e di raccogliere l'informativa sottoscritta.

Roma _____

Firma



Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo “Dionigio Romeo CHIODI”
Via Appiano, 15 – 00136 Roma – Tel./Fax: 06/39736694
e-mail: rmic8bq008@istruzione.it - sito web: www.ic-chiodi.it
PEC: rmic8bq008@pec.istruzione.it

ALLEGATO 2

INFORMATIVA AI GENITORI SULL'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE

(A CURA DEI GENITORI DELLA CLASSE – DA CONSEGNARE AL COORDINATORE)

Il/la _____ sottoscritto/a
.....
.....
genitore dell'alunno/a _____,
frequentante _____ la _____ sezione/classe
.....

DICHIARA

- di essere stato/a informato/a dall'insegnante di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia di un alunno presente nella classe/sezione.
- di essere stato informato che il terapeuta/lo specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy), non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

Dichiara, con la propria sottoscrizione, di aver preso visione della presente informativa.

Roma _____

Firma _____



Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo “Dionigio Romeo CHIODI”
Via Appiano, 15 – 00136 Roma – Tel./Fax: 06/39736694
e-mail: rmic8bq008@istruzione.it - sito web: www.ic-chiodi.it
PEC: rmic8bq008@pec.istruzione.it

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ CARICHI PENDENTI E CASELLARIO GIUDIZIALE

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

(A CURA DEL TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

Il/la sottoscritto/a nato/a a il
....., residente in Via
Codice Fiscale, in qualità di
dell'associazione con sede legale in
..... Via.....,
partita IVA/Codice fiscale....., consapevole
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;



Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo "Dionigio Romeo CHIODI"
Via Appiano, 15 – 00136 Roma – Tel./Fax: 06/39736694
e-mail: rmic8bq008@istruzione.it - sito web: www.ic-chiodi.it
PEC: rmic8bq008@pec.istruzione.it

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Data _____ FIRMA _____

ALLEGATO 4

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA

(A CURA DEL TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

Il/La sottoscritto/a nato/a a il
....., CF:, in qualità di
..... dell'alunno/a frequentante la sezione/classe
.....

SI IMPEGNA A

- considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
- utilizzare le informazioni confidenziali e riservate unicamente allo scopo per le quali sono state fornite o rese note, impegnandosi a non divulgarle a soggetti terzi;
- non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante;
- non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta;
- a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, affinché tutte le informazioni acquisite, non potranno in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.



Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Comprensivo "Dionigio Romeo CHIODI"

Via Appiano, 15 – 00136 Roma – Tel./Fax: 06/39736694

e-mail: rmic8bq008@istruzione.it - sito web: www.ic-chiodi.it

PEC: rmic8bq008@pec.istruzione.it

Data _____

Firma _____